

# アイソトープ（R I）検査依頼書 （神戸掖済会病院 紹介用）

医療機関名

紹介医師名

患 者	(フリガナ) 氏 名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 1. 有 (ID _____) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	職業	
	住 所	〒 _____ ☎自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -		

検査希望日： 第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主 保 険	保険番号	記号・番号	1. 本人
			2. 家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種 別
			1. 有
			2. 無

病名ないし疑い診断：

検査の種類：  骨シンチ  G a シンチ

感染症の有無 HBs 抗原 (+、-、未検査) H C V (+、-、未検査)  
(出来れば記入) Wa-R (+、-、未検査) その他の感染症 \_\_\_\_\_

注意事項

- \* レノグラムは当院泌尿器科受診の上お申し込みください。
- \* 脳血流シンチ、心筋シンチ、副腎シンチ、胆道シンチ、R I アンギオ、リンパ管シンチ、肺血流シンチは当院内科ないし循環器科を受診の上お申込ください。
- \* 唾液腺シンチは当院耳鼻科を受診の上お申し込みください。

申し込み先：神戸掖済会病院 地域医療連携室 FAX 078-781-7300  
TEL 078-781-1411